

© Гузік Н.М.

УДК 611.316.013

## БУДОВА ТА СИНТОПІЯ СТРУКТУР РОТОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Н.М.Гузік**Кафедра анатомії людини (зав. – проф. Б.Г.Макар) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

Вивчення розвитку, становлення анатомічних взаємовідношень органів у різні вікові періоди є одним з актуальних завдань ембріологів, анатомів, тератологів, хірургів [1-3]. На сучасному етапі ембріологічних досліджень слід реалізувати основний принцип перинатальної медицини – ставлення до плоду як до пацієнта [4]. За останнє десятиріччя значно зросла частка природжених вад як причини перинатальних і неонатальних захворювань та летальності, не знижується частота дитячої інвалідизації, зростає від'ємний природний приріст [5, 6]. Тому значно зросла роль прикладної морфології для розуміння причин і механізмів виникнення варіантів будови органів та різноманітних природжених вад [7, 8].

Морфологічні дослідження ротової ділянки на будь-якому структурному рівні спрямовані на з'ясування механізмів і патогенезу захворювань та пошуку ефективних методів лікування. Тому анатомічні особливості ротової ділянки, синтопічні та структурні перетворення її складових є актуальною проблемою морфології.

**Мета дослідження.** Вивчити особливості будови та топографо-анатомічні взаємовідношення структур ротової ділянки у плодовому періоді розвитку людини.

**Матеріал і методи.** Дослідження проведене на 28 плодах людини методами препарування, комп'ютерної томографії та морфометрії.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Наприкінці плодового періоду майже всі структури ротової ділянки набувають дефінітивної форми. Проте на передній поверхні верхньої щелепи в ділянці коміркового краю помітні виступи, всередині яких знаходяться комірочки із зачатками молочних зубів. Між нижнім краєм очної ямки і зазначеними виступами знаходиться борозна, в яку відкривається

підчочномковий отвір. Різцевий шов визначається в передньому відділі твердого піднебіння, розташований поперечно і являє собою межу між рудиментарною різцевою кісткою та верхньою щелепою. Зачатки верхніх різців розташовані в різцевій кістці. Комірковий відросток майже не виражений, його довжина становить 35,0-38,0 мм. Горб верхньої щелепи не виражений.

Нижня щелепа розташована дорсальніше верхньої, складається з двох половин, з'єднаних тонким сполучнотканинним прошарком. Комірковий край розвинений слабо, довжина не перевищує 35,0 мм. Величина нижньощелепного кута становить 140°. Гілка нижньої щелепи квадратної форми, висота тіла – 9,0-11,0 мм. На поперечному зрізі тіло має округлу форму. Нижньощелепний канал відсутній, його дно утворене тонкою пластинкою компактною речовиною. Під ним розташований канал, який містить вени. Вхід у даний канал знаходиться нижче і дорсальніше від нижньощелепного отвору, на відстані 4,0-5,0 мм від кута нижньої щелепи.

Проміжна частина губ вузька, її слизова частина випинає наперед. Завдяки наявності виступившого переднього краю слизової частини перехідна частина губ дуже вузька і виглядає подвійною. Ззовні, посередині верхньої губи є горбок, обмежений невеликими борозенками. Його розміри становлять 6,0x4,0 мм. На внутрішній поверхні відповідно горбику наявне втиснення, посередині якого знаходиться шов, який продовжується у вуздечку верхньої губи. Спостерігаються також бічні вуздечки, розташовані між іклом і першим малим кутнім зубом. Нижня губа вивернута донизу, у порівнянні з верхньою містить більше змішаних слизових і серозних залоз.

Уздовж вільних країв ясен простягаються виражені складки слизової оболонки у вигляді щільних валиків, які краще виражені в місцях зачатків різців та ікол. На слизовій частині помітні підвищення, які розділені глибокими поперечними борознами. Ясеневі краї, які представлені потовщеною слизовою оболонкою, відмежовують порожнину рота від власне ротової порожнини. Глибше ясен на комірковій дузі знаходиться комірковий жолобок. Слизова оболонка передньої поверхні ясен поділяється вертикальними складками на п'ять частин, складки язикової поверхні виражені менше.

Вивідна протока привушної залози відкривається на рівні зачатка першого молочного малю кутнього зуба. Сосочок навколо отвору ледь виражений.

Внаслідок недостатнього розвитку коміркових відростків і плоского твердого піднебіння порожнина рота мала за розмірами і низька, склепіння твердого піднебіння відсутнє. Довжина твердого піднебіння становить 25,0-29,0 мм, ширина – 20,0-25,0 мм. Поверхня твердого піднебіння горбиста. По середній лінії на слизовій оболонці спостерігається світла смужка, поблизу її задньої частини помітні маленькі білуваті вузлики. Товщина слизової оболонки передніх і бічних відділів товстіша, ніж у задніх і середніх. Поперечні піднебінні складки розвинені добре. М'яке піднебіння розташоване майже в горизонтальній площині. Між піднебінними дужками знаходяться піднебінні мигдалики, вкриті капсулою.

Язик відносно великий, широкий і короткий, має велику кількість лімфоїдних фолікулів і всі види сосочків. Вузечка язика коротка. Середина борозна розвинена слабо. Язиковий мигдалик не відмежований від прилеглих структур і не містить лімфоїдних фолікулів. Перегородка язика, яка має вигляд тонкої вертикальної пластинки, не досягає спинки на 3,0-4,0 мм. Торочкувата складка добре виражена за рахунок великої кількості ворсинок. Біля нижньої поверхні верхівки язика проходить язикова артерія. Під слизовою оболонкою дна порожнини рота розташована під'язикова слинна залоза трикутної форми. Її маса досягає 0,3-0,7 г.

Щелепно-під'язикові м'язи мають товщину 2,0 мм, починаються в місці зачатка шостого зуба. По ходу м'язових пучків виявляються щільні. Над м'язами розташовані парні вмістища під'язикових слинних залоз і непарний між'язовий протір між двома підборідно-язиковими м'язами.

**Висновки.** 1. Упродовж плодового періоду онтогенезу людини відбуваються основні формоутворювальні процеси структур ротової ділянки. 2. Зміна синтопічних та морфометричних параметрів структур ротової ділянки у пізніх плодів засвідчує, що наприкінці внутрішньоутробного періоду розвитку формування їх не закінчується.

**Перспективи наукового пошуку.** У подальшому планується вивчити будову та топографію структур ротової ділянки у новонароджених.

### Література

1. Круцяк В.М., Проняєв В.І., Ахтемійчук Ю.Т. Значення ембріологічних досліджень на сучасному етапі розвитку морфологічної науки // Бук. мед. вісник. – 1998. – Т. 2, № 1. – С. 3-7.
2. Лупыр В.М., Торяник И.И. Актуальные проблемы морфологических исследований // Наук. записки з питань мед., біол., хімії, аграрії та суч. технологій навчання. – К., 1997. – Ч.11. – С. 308-309.
3. Пантелеев С.М., Маргарян А.В., Глуценко И.Л. Об интегративных связях развивающихся структур органов человека в онтогенезе // Матер. Междунар. конф. "Структур. преобраз. орг. и тк. на этапах онтогенеза чел. в норме и при возд. антропогенных факторов. Акт. пробл. биол. и медицины". – Астрахань, 2000. – С. 123-124.
4. Кулаков В.И., Бахарев В.А., Фанченко Н.Д. Современные возможности и перспективы внутриутробного обследования плода // Рос. мед. ж. – 2002. – № 5. – С. 3-6.
5. Гойда Н.Г. Стан та перспективи розвитку перинатальної допомоги на етапі реформування охорони здоров'я України // Перинатол. та педіатрія. – 1999. – № 1. – С. 3-4.
6. Минков И.П. Мониторинг врожденных пороков развития, их пренатальная диагностика, роль в патологии у детей и пути профилактики // Перинатол. та педіатрія. – 2000. – № 1. – С. 8-13.
7. Пішак В.П., Макар Б.Г., Плаксибий О.Г. Морфологічні аспекти природжених вад ділянки носа людини // Ж. вуш., нос. і горл. хвороб. – 2001. – № 1. – С. 12-19.
8. Ватаман В.М., Вінниченко О.І., Воляннюк П.М. та ін. Роль і місце ембріологічних досліджень в алгоритмі пошуку нових методів та способів оперативних втручань // Матер. наук. конф. "Акт. пит. морфогенезу". – Чернівці, 1996. – С. 61-62.

## БУДОВА ТА СИНТОПІЯ СТРУКТУР РОТОВОЇ ДІЛЯНКИ У ПЛОДОВОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

*Н.М.Гузик*

**Резюме.** Методами препарування, комп'ютерної томографії та морфометрії простежено будову і синтопічні особливості структур ротової ділянки у плодovому періоді онтогенезу людини. Зміна синтопічних та морфометричних параметрів структур ротової ділянки у пізніх плодів засвідчує, що наприкінці внутрішньоутробного періоду розвитку формування їх не закінчується.  
**Ключові слова:** ротова ділянка, плід, людина.

## THE STRUCTURE AND SYNTOPY OF THE STRUCTURES OF THE MOUTH REGION DURING THE FETAL PERIOD OF HUMAN ONTOGENESIS

*N.M.Guzik*

**Abstract.** By means of the methods of preparation, computer tomography and morphometry the structure and syntopical peculiarities of structures of the oral region during the fetal period of human ontogenesis have been investigated. Changes in the syntopic and morphometric parameters of the structure of the oral region in late fetuses show that their formation doesn't finish by the end of the intrauterine period of human ontogenesis.

**Key words:** mouth region, fetus, human.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла в редакцію 04.10.2005 р.

© Польова С.П.

УДК 618.1-002.5-089

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

*С.П.Польова*

*Кафедра акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології (зав. – проф. О.М.Юзько) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

В умовах погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу жіночих статевих органів (ТЖСО) чітко проявилася недостатня ефективність консервативної терапії [1-3]. Останнім часом переглядається тактика лікування пацієнток з ТЖСО щодо активного оперативного втручання залежно від віку, клініко-анатомічних форм захворювання, фази туберкульозного процесу, особливостей клінічного перебігу та функціональних розладів [4-6]. Впровадження відеолапароскопії в гінекологічну практику дало змогу проводити на якісно новому рівні ранню діагностику ТЖСО та оперативну корекцію анатомічних порушень жіночих статевих органів з подальшим гістологічним, цитологічним та мікробіологічним дослідженням біопсійного матеріалу [7]. Своєчасне оперативне втручання забезпечує ефективне і повноцінне лікування

пацієнток, особливо у тих, ТЖСО в яких виявляється як знахідка [8].

**Мета дослідження.** Визначити місце і радикальність оперативних втручань з приводу ТЖСО.

**Матеріал і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 80 історій хвороби пацієнток репродуктивного віку, які лікувалися в гінекологічному відділенні з приводу ТЖСО упродовж 1960-1963 рр. та 31 історію хвороби пацієнток з підозрою та наявністю ТЖСО, які лікувалися впродовж 2002-2005 рр. Проаналізовано методи і обсяг оперативних втручань та ефективність лікування ТЖСО за умов застосування новітніх методів діагностики та лікування. Використані архівні, анамнестичні дані, загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічні, мікробіологічні, гістологічні дослідження, протоколи оперативних втручань.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз історій хвороби пацієнток, хворих на